

sont l'huile de foie de morue à haute dose, créosotée ou non, le fer, l'arsenic, l'iodoforme que l'on peut donner jusqu'à la dose d'un gramme par jour.

Localement, il faut d'abord avoir recours au savon mou de potasse en frictions et en applications plus ou moins prolongées suivant la susceptibilité du malade, aux savonnages avec le savon de naphthol soufré, aux applications méthodiques de pâtes sulfureuses, de goudron, de teinture d'iode, de glycérine iodée, de glycérol caustique de RICHTER.

Glycérine	10 grammes.
Iodure de potassium	5 —
Iode	5 —

aux pommades à l'acide pyrogallique, à l'acide salicylique, à la chrysarobine, aux emplâtres divers, en particulier les emplâtres mercuriels.

Si le traitement irrite trop les lésions ou si celles-ci sont irritées dès l'abord, il faut employer les cataplasmes, les compresses émoullientes, le liniment oléo-calcaire, le glycérol d'amidon, la pommade à l'oxyde de zinc, etc. KAPOSI recommande les vessies remplies de glace ou les compresses d'acétate de plomb, les douches et les bains froids.

Plus tard, si l'affection résiste, il faut recourir aux méthodes dites chirurgicales : rugination, scarifications, cautérisations au thermo-cautère, au galvano-cautère, enfin les caustiques divers, en particulier l'acide lactique. GAMBERINI et MONASI de Bologne auraient, dans deux cas, obtenu une guérison complète au moyen d'un curetage suivi de badigeonnages avec une solution aqueuse d'éthylate de soude à 10 p. 100.

LUPUS VULGAIRE

(Voir la planche XXX.)

Synonymie. — Lupus tuberculeux, simple, commun, profond, tumidus, famelicus, de WILLAN. — Dartre rongeante. — Esthiomène. — Tuberculose cutanée lupique. — Scrofulo-tuberculose de la peau (E. BESNIER et A. DOYON).

Définition. — Rangé par les dermatologistes antérieurs à l'époque actuelle dans les scrofulides (*scrofulide tuberculeuse*), le lupus vulgaire est une des formes de la tuberculose cutanée; il est constitué ordinairement par des tubercules (ce mot pris dans le sens de lésion élémentaire) évoluant vers un processus ulcératif ou cicatriciel.

Suivant que ces tubercules s'ulcèrent ou non, on a le lupus tuberculeux ulcéré (*lupus exedens, scrofulide tuberculeuse avec ulcération* de HARDY) ou le lupus tuberculeux non ulcéré (*lupus non exedens, scrofulide tuberculeuse superficielle* de HARDY), le premier n'étant parfois que la deuxième phase du second.

Les tubercules lupiques, dans les deux formes, consistent en petites nodosités miliaires au début, du volume d'un grain de millet ou d'une tête d'épingle, plus ou moins saillantes à la surface du tégument dans lequel elles semblent enchâssées, d'une couleur assez spéciale, jaune-rouge transparent, vieux cuivre, comparée à la couleur du sucre d'orge, disparaissant parfois un peu sous la pression du doigt (*lupus plan, lupus maculeux* de NEUMANN); quelquefois, elles ont une teinte violacée qui se rapproche de la couleur brun foncé des tubercules syphilitiques.

On peut arriver à rendre visibles les plus petites de ces

nodosités par l'emploi de l'huile d'aniline et de l'essence de girofle qui rendent complètement transparentes les surfaces lupiques (UNNA).

Ces saillies lupiques, parfois isolées (*lupus tuberculeux solitaire, disséminé, discret*), sont presque toujours réunies par groupes (*lupus agminé*) formant de petites agglomérations plus ou moins arrondies, discoïdes (*lupus discoïde lenticulaire, en plaques*), des placards irréguliers (*lupus tuberculeux agminé*), parfois de petites tumeurs (*lupus turgescens*).

Les tubercules du lupus sont généralement indolents, parfois un peu sensibles à la pression; dans tous les cas, ils sont toujours rénitents et élastiques, doués d'une mollesse remarquable; ils sont le siège d'une vascularisation plus ou moins grande (*lupus myxomateux*) parfois considérable (*lupus angiomateux*).

La marche des tubercules lupiques varie dans les deux formes, suivant qu'ils s'ulcèrent ou non.

Dans le second cas (*lupus tuberculeux non ulcéré*), le tubercule peut rester stationnaire très longtemps ou progresser d'une façon très lente; puis le tubercule s'affaisse, se décolore; l'épiderme, de tendu et lisse qu'il était, se plisse et s'exfolie (*lupus exfoliant*); enfin, la nodosité disparaît peu à peu en laissant à sa place une cicatrice légère englobant ou non des tubercules encore en activité.

Nombreuses sont les variétés admises de lupus tuberculeux non exedens.

On a décrit : le *lupus exfoliant* ou *exfoliatif*, le *lupus eczématiforme*, le *lupus squameux*, le *lupus psoriasiforme*, suivant l'apparence offerte par la lésion; le *lupus excentrique*, en *corymbe*, *circiné*, *marginé*, *linéaire*, *serpigineux*.

H. LÉLOIR a décrit une *variété colloïde* dans laquelle les



nodosités par l'emploi de l'huile d'aniline et de l'essence de girofle qui rendent complètement transparentes les surfaces lupiques (Unna).

Ces nodosités lupiques, parfois isolées (*lupus tuberculeux solitaire, discret*), sont presque toujours réunies par groupes (*lupus agminé*); formant de petites agglomérations plus ou moins arrondies, discoïdes (*lupus discoïde lentaculaire, en plaques*), des placards irréguliers (*lupus tuberculeux agminé*), parfois de petites tumeurs (*lupus turgescens*).

Les tubercules du lupus sont généralement indolents, parfois un peu sensibles à la pression; dans tous les cas, ils sont toujours rénitents et élastiques, doués d'une mollesse remarquable; ils sont le siège d'une vascularisation plus ou moins grande (*lupus myxomateux*) parfois considérable (*lupus angiomateux*).

La marche des tubercules lupiques varie dans les deux formes, suivant qu'ils s'ulcèrent ou non.

Dans le second cas (*lupus tuberculeux non ulcéré*), le tubercule peut rester stationnaire très longtemps ou progresser d'une façon très lente; puis le tubercule s'affaisse, se tend, se durcit, se tendu et lisse qu'il était, se détache (*lupus exfoliant*); enfin, la nodosité disparaît pour laisser à sa place une cicatrice légère existant au côté des tubercules encore en activité.

Nombreuses sont les variétés admises de lupus tuberculeux non ulcéré.

On a décrit: le *lupus exfoliant* ou *exfoliatif*, le *lupus eczématisiforme*, le *lupus squameux*, le *lupus psoriasiforme*, suivant l'apparence offerte par la lésion; le *lupus excentrique*, en *corymbe*, *circiné*, *marginé*, *linéaire*, *serpigineux*.

H. LELoir a décrit une *variété colloïde* dans laquelle les



Pl. XXX. — Lupus vulgaire.

tubercules, comme vitreux, renferment de petits kystes de dégénérescence colloïde partielle.

Quand le lupus tuberculeux s'ulcère (*lupus tuberculeux exedens*, *lupus tuberculeux ulcéré*), il se produit des poussées inflammatoires au cours desquelles la nodosité tuberculeuse se ramollit peu à peu, se tuméfie et s'ouvre à la surface du tégument; bientôt se forment des croûtes plus ou moins épaisses, impétiginoïdes (*lupus impetigo*, *impetigo rodens* de DEVERGIE; *impétigo malin* de BAZIN, *scrofulide pustuleuse* de HARDY, *lupus tuberculo-gommeux à petits foyers* d'E. BESNIER et A. DOYON), d'une couleur jaune-noirâtre, recouvrant des ulcérations plus ou moins arrondies, à bords mous, aplatis, rouges, d'étendue et de profondeur variables, souvent creusées, anfractueuses, fongueuses, mollasses, sécrétant une sanie purulente et fétide; d'autres fois, les lésions sont absolument rupioïdes, entourées d'une aréole rouge et recouvertes de croûtes brunes ou noirâtres conchyloformes (*lupus rupioïde*).

Quand la suppuration est nulle ou peu considérable, la surface lupique est dure, fendillée, avec production papillomateuse ou verruqueuse, entourant un centre sclérosé (*scrofulide verruqueuse* de HARDY, *lupus scléreux* d'E. VIDAL, *lupus papillomateux*, *verruqueux*, *corné*), et déformant parfois d'une façon considérable les régions atteintes (*lupus hypertrophique*, *lupus éléphantiasique*, *lupus pachydermique*, etc.).

Ces formes que l'on rencontre surtout aux extrémités des membres, comprennent aussi les variétés de tuberculose cutanée décrites sous les noms de *tubercule des anatomistes* et de *tuberculose verruqueuse de la peau* de G. RIEHL et R. PALTAUF.

Parfois, le bourgeonnement charnu de l'ulcération,

excité par des hémorrhagies, prolifère d'une façon exagérée (*lupus papillaire, lupus exubérant* de FUCHS, *lupus végétant mûriforme, frambœsiaforme, hypertrophique, tuberculeuse papillomateuse de la peau*, de PRINCE A. MORROW).

Ces phénomènes ulcératifs peuvent se produire d'emblée et marcher parfois avec une rapidité désespérante, détruisant successivement, de la surface à la profondeur, la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, les muscles, les cartilages, les os (*lupus vorax* ou *phagédénique, perforant, galopant*).

Suivant la forme de l'évolution, on a décrit le *lupus tuberculo-gommeux en nappe*, le *lupus serpiginieux*, etc.

Siège. — Chacune de ces variétés de lupus affecte de préférence des sièges spéciaux; c'est ainsi que le *lupus vorax* atteint le nez et les joues; la forme agminée ou isolée, nummulaire, atteint la joue; la forme serpiginieuse, les membres; la forme éléphantiasique, les jambes et les pieds.

Le lupus peut se répandre çà et là sur la surface du corps (*lupus multiple*) ou se cantonner de préférence à une seule région.

Dans ce cas, les tubercules lupiques siègent le plus habituellement à la face, sur les ailes du nez, les joues, le menton, le pavillon de l'oreille, les lèvres, les paupières; on peut les rencontrer néanmoins sur diverses parties du tégument, le tronc, les fesses, les parties génitales, plus rarement sur les membres.

Sur les muqueuses, on le rencontre au nez, aux gencives, à la voûte palatine, au voile du palais, au pharynx, à l'œil qu'il envahit ordinairement par extension.

Marche. — La marche du lupus est toujours lente, sauf dans le cas de *lupus vorax*; c'est une affection qui débute ordinairement dans la première enfance, de trois à six ans, tout au moins dans l'adolescence, évolue durant des mois

et des années, peut rester stationnaire fort longtemps ou progresser indéfiniment; toutefois, on a observé la terminaison spontanée; dans tous les cas, la médication peut en arrêter les progrès et la guérison a toujours lieu par cicatrices parfois accompagnées d'une induration fibreuse (*lupus sclérosé* de H. LELOIR), véritable cicatrice hypertrophique rapportée surtout par cet auteur au lupus non ulcéreux.

Le lupus vulgaire donne lieu à une série de complications locales ou générales: adénopathies, érysipèle, lymphangite, épithéliome, tuberculose viscérale.

Pronostic. — Le pronostic varie dans chaque cas suivant l'intensité de la lésion, son siège, sa marche plus ou moins rapide; il devra donc toujours être réservé; dans tous les cas, il est sérieux d'une façon générale, puisque le lupus est une affection d'essence tuberculeuse, et au point de vue local, puisqu'il peut donner lieu à des mutilations plus ou moins graves, qu'il ne guérit jamais sans laisser une cicatrice indélébile et qu'enfin ses récidives sont d'une fréquence remarquable.

Diagnostic. — Le lupus tuberculeux dans ses formes planes, ressemble au *lupus érythémateux* avec lequel il se confond sous le nom de *lupus érythémato-tuberculeux*.

H. LELOIR a décrit récemment une forme mixte et spéciale sous le nom de *lupus vulgaire érythématoïde* et observée communément chez les vieillards.

Les tubercules lupiques diffèrent des *syphilides tuberculeuses* en ce que dans le lupus ils sont plus jaunes, plus transparents, plus mollasses; les tubercules syphilitiques sont d'une couleur plus cuivrée; les *ulcérations syphilitiques* ont des bords réguliers, sont recouvertes de croûtes brunes et verdâtres et entourées d'une aréole violacée;

dans le lupus, les ulcérations, entourées d'une aréole rouge, sont irrégulières, les bords déchiquetés et décollés, les croûtes molles et d'un rouge jaunâtre: les *cicatrices* consécutives à la *syphilis* sont régulières, lisses et pigmentées; elles sont plus inégales, gaufrées, dans le lupus.

Enfin la marche de l'affection à évolution lente chez les lupiques, rapide chez les syphilitiques, éclairera encore le diagnostic que le traitement spécifique viendrait juger en dernier ressort.

Les bosselures du *cancer*, à bords durs et perlés, se distinguent des tubercules lupiques, mous et rénitents; la douleur n'existe pas dans le lupus alors qu'on la rencontre dans le cancer qui ne se développe d'ailleurs que chez les gens d'un certain âge, tandis que le lupus est une affection de la première moitié de la vie.

Le diagnostic du *lupus des muqueuses* envahies ordinairement par extension est presque impossible au début, lorsque le lupus est primitif; plus tard, le diagnostic deviendra plus facile par suite de l'aspect de la surface malade rouge, granuleuse, ulcérée, saignant facilement et par la présence des rétractions cicatricielles.

Étiologie. — Le lupus vulgaire est une affection qui débute ordinairement dans l'enfance et la jeunesse, rarement après trente ans; il semble plus fréquent chez la femme.

La bactériologie a démontré que le lupus était une affection inoculable, bacillaire et due au bacille tuberculeux.

Anatomie pathologique. — Le nodule du lupus offre de grandes ressemblances avec le nodule tuberculeux; c'est à peine cependant s'il renferme des bacilles de Koch.

Traitement. — La nature tuberculeuse du lupus vulgaire montre la voie à suivre dans le traitement de cette

affection. On donnera donc tous les toniques et reconstituants: huile de foie de morue, iode, fer, quinquina, arsenic, etc.; on pourra recourir aux eaux sulfureuses, salines, arsenicales, iodurées.

La lymphe de Koch, qui avait semblé, au premier abord, donner de bons résultats, paraît être actuellement tombée dans un oubli profond.

Le traitement externe est ici de beaucoup le plus important; il est surtout chirurgical et comprend les méthodes sanglantes: extirpation (recommandée par W. KRAMER, mais dans certains cas bien déterminés), rugination, curetage, raclage, scarifications linéaires; et les méthodes non sanglantes: cautérisations ignées à l'aide du cautère actuel (cautérisation ignée en masse) ou mieux du thermo ou de l'électro-cautère (cautérisation interstitielle et fragmentée, tatouage et scarifications électro-caustiques ou thermo-caustiques d'E. BESNIER); électrolyse (A. WILBUR JACKSON, de New-York, G. GAUTIER, DELINEAU); caustiques chimiques, le lysol pur (L. PHILIPPS, de Birmingham).

J. FÉDOROW a, dans deux cas, essayé avec succès des injections hypodermiques, au pourtour des ulcérations lupiques, d'une solution de chlorure de zinc à 10 p. 100 (formule de LANNELONGUE).

A. HARRISON, de Bristol, fait appliquer pendant la nuit une compresse imbibée de:

Hyposulfite de soude	16 grammes.
Eau distillée.	200 —

recouverte de taffetas gommé;

et, le matin, il fait faire un badigeonnage avec

Acide chlorhydrique	V gouttes.
Eau distillée.	30 grammes.

et, au bout de quelque temps, des applications de pom-mades indifférentes ou légèrement antiseptiques.

H. G. BROCKE, de Manchester, emploie avec succès et conseille toujours, au moins comme traitement préliminaire, des frictions biquotidiennes pendant une dizaine de minutes avec :

Oléate de mercure (2 1/2 à 5 p. 100)	30 grammes.
Acide salicylique. 0 gr.70 centigr. à	1 —
Ichthyol.	0 gr. 50 cent.
Huile de lavande.	q. s.

LYMPHANGIECTASIES CUTANÉES

VARICES LYMPHATIQUES DERMIIQUES

Les lymphangiectasies cutanées sont superficielles, intermédiaires ou profondes; elles occupent les troncs, les réseaux, les lacunes; souvent plusieurs points à la fois.

Superficielles, on les voit former de petites tumeurs (dilatations ampullaires) de grosseur variable, allant de celle d'un grain de millet à celle d'un pois, de coloration variable aussi.

Quand elles occupent les troncs, elles sont ou perçues à la palpation seulement ou visibles sous forme de cordons ou de saillies, de volume ou d'aspect divers.

La pathogénie et le mode pathogénique des lymphangiectasies restent très obscurs et paraissent dépendre surtout de causes irritatives diverses : parasitaires, septiques, virulentes.

Dans tous les cas, le caractère prédominant cliniquement est l'écoulement de la lymphe « la lymphorrhagie, continue ou intermittente, périodique, accidentelle ou artificielle ». (E. BESNIER et A. DOYON.)

MALADIE DE PAGET

Synonymie. — Épithéliomatose eczématoïde de la mamelle d'E. BESNIER et A. DOYON.

L. WICKHAM a donné de cette affection le résumé suivant :

« 1° La période d'état ne s'observe en général qu'entre quarante et soixante ans.

2° Lorsque la malade vient consulter, le début réel remonte, en général, à une époque éloignée (de sept à douze ans en moyenne).

3° Au sein, unilatéralité des lésions en pleine activité. Coexistence fréquente au mamelon opposé de lésions de début.

4° Début par des croûtes et des concrétions cornées, adhérentes et rebelles, siégeant au sommet du mamelon, avec ou sans démangeaisons, accompagnées quelquefois d'érythème ou d'exulcération sous-jacente.

5° Sur d'autres régions, début par une petite surface érythémato-squameuse, entourée d'un bourrelet caractéristique.

6° Rétraction précoce du mamelon.

7° Progression excentrique et lente des lésions superficielles; marche serpentine avec arrêts momentanés, mais jamais de régression spontanée.

8° Contours polycycliques légèrement surélevés en bour-

relet, limitant avec une extrême netteté l'ensemble des lésions.

9° Surface rouge vif, brillante, plus ou moins suintante, légèrement mamelonnée, recouverte par places de squames et de croûtes, dans laquelle on distingue des points excoriés (premier degré), des points exulcérés (deuxième degré), des surfaces (épidermisées) pseudo-cicatricielles.

10° Induration papyracée superficielle.

11° Sensation de brûlure; prurit par périodes, en général, peu intense. Douleurs au contact.

12° (Signes négatifs) : pas de vésicules; pas d'engorgement ganglionnaire. Incurabilité absolue par les méthodes anti-eczémateuses. En dehors des limites de la surface malade, peau saine, ni rosée, ni desquamée, ni vésiculeuse, ni épaissie, ni cicatricielle.

13° A une époque plus ou moins éloignée du début, en moyenne de sept à dix ans, il se produit le plus souvent, tantôt à la surface même et au centre, une ulcération de mauvaise nature, tantôt dans la profondeur un noyau carcinomateux. Le cancer une fois formé, n'offre pas de caractères spéciaux. Il évolue lentement, et n'est accompagné d'engorgement ganglionnaire qu'aux périodes ultimes; il peut alors se généraliser et entraîner la mort.

14° La maladie de PAGET est due à des parasites de la classe des sporozoaires, de l'ordre des coccidies ou psorospermies.

15° Cette affection doit, désormais, être classée dans le groupe des psorospermoses cutanées, proposé par DARIER, qui contient déjà la psorosperme folliculaire végétante, et dans lequel il faut ranger peut-être le molluscum contagiosum de BATEMAN.

16° Elle doit être considérée comme une maladie de la peau en général, avec prédominance extrême au sein, et

non plus comme une affection essentiellement propre à cette région.

17° L'examen microscopique des squames qu'on trouve remplies de psorospermies, constitue un excellent et rapide moyen de diagnostic.

18° Les psorospermies infiltrent l'épiderme et ses prolongements. Elles y apparaissent à leurs divers stades de développement; les formes moins avancées étant très difficiles à reconnaître.

19° La pullulation parasitaire a semblé se faire par voie de déhiscence et par dissémination consécutive de masses globuleuses intra-kystiques, qui ont probablement la signification de pseudo-navicelles.

20° Les cellules épithéliales présentent une certaine tendance à se grouper en s'aplatissant autour des coccidies; celles-ci parfois ont paru être très nettement le centre de formation des globes épidermiques.

21° Jusqu'à la découverte des psorospermies, les diverses formes que celles-ci revêtent avaient été prises par les auteurs pour des cellules dégénérées ou en voie de transformation endogène.

22° Au point de vue histologique, il s'agit primitivement d'une affection des épithéliums superficiels.

23° La présence des parasites parmi les cellules épithéliales et dans leur intérieur même détermine dans les tissus des degrés divers d'inflammation et de prolifération cellulaire.

24° Le cancer, qui ne survient qu'à une époque fort reculée du début, naît, au sein, le plus souvent, des conduits galactophores, mais il peut aussi bien provenir de l'épiderme des glandes pilo-sébacées et sudoripares et de leurs canaux excréteurs.

25° C'est un épithélioma pavimenteux, qui peut être lobulé, tubulé, ou alvéolaire.

26° Dans les lobes et les tubes épithéliaux, on retrouve les coccidies aux divers stades de leur évolution.

27° Les parasites semblent avoir dans la maladie de PAGET une influence directe sur le développement de l'épithélioma.

28° Il résulte des conclusions précédentes que l'hypothèse de la nature parasitaire psorospermiqne de certaines formes de cancer mérite d'être prise en considération.

29° La maladie de PAGET, aux deux premiers degrés des lésions, doit être traitée non plus par l'extirpation radicale, mais par les substances anti-parasitaires, en se conformant aux indications et aux règles formulées par DARIER (1). L'affection est curable, dans ses premières périodes, c'est un fait qui découle très nettement de la notion pathogénique nouvelle. »

MÉLANODERMIE

Synonymie. — Mélasma.

Définition. — Ce nom s'applique particulièrement à une hyperchromie souvent diffuse sous forme de taches, parfois généralisée du tégument.

Elle est ordinairement acquise, soit de cause interne, symptomatique d'une maladie générale comme dans la maladie d'ADDISON (*maladie bronzée*), la syphilis (*vitiligo*

(1) Cet auteur recommande les applications de solution à 1/3 de chlorure de zinc auxquelles on ne doit avoir recours, disent E. BESNIER et A. DOYON, que si l'on n'obtient pas de résultat avec le traitement hygiénique antiseptique et parasiticide ordinaire.

syphilitique de BAZIN, *syphilide pigmentaire du col* de HARDY et PILLON, *collier de Vénus*), la cachexie (*chloasma cachecticum*); soit de cause externe, comme dans la *mélanodermie traumatique* plus ou moins généralisée, avec *mélanodermie unguéale* et quelquefois pigmentation de la muqueuse buccale (G. THIBIERGE et A. CHAUFFARD), due à la phthiriasse invétérée (*maladie des vagabonds*), ou localisée, due au hâle (*chloasma calorique*), aux pressions prolongées des ceintures, des corsets, des jarretières, des bandages (*chloasma traumatique*), aux irritants cutanés, vésicatoires, sinapismes, etc. (*chloasma toxique*); soit consécutive aux lésions locales de certaines affections cutanées (*ulcères variqueux, syphilides*); soit encore sous la dépendance de certains médicaments pris à l'intérieur comme l'arsenic et le nitrate d'argent produisant:

1° L'*arsenicisme*, caractérisé par une pigmentation généralisée ou limitée, d'un jaune brunâtre ou noirâtre.

2° L'*argyrie*, dans laquelle la peau prend une teinte ardoisée spéciale et les muqueuses (conjonctives, muqueuse buccale) souvent une teinte bleu-grisâtre. Cette coloration habituellement généralisée, plus intense sur les parties découvertes, est indélébile.

Traitement. — Le traitement ne peut s'appliquer qu'à la cause provocatrice directe de la mélanodermie.

MILIAIRE

Symptomatologie. — Les miliaires constituent une éruption sudorale distincte de la suette miliaire ou fièvre